

ENFERMEDAD DIVERTICULAR

GERMÁN ESTRADA, MD
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL
U.T.P. - UNIVALLE

ENFERMEDAD DIVERTICULAR

Divertículo:

- Protrusión sacular de la mucosa a través de la pared muscular del colon, en áreas débiles de la pared intestinal donde pueden penetrar los vasos sanguíneos.
- Habitualmente 5–10 mm de tamaño.
- Son realmente pseudodivertículos (falsos divertículos): Contienen sólo mucosa y submucosa cubiertas de serosa.

ENFERMEDAD DIVERTICULAR

- o ***Diverticulosis*** – Presencia de divertículos en el colon.
- o ***Diverticulitis*** – Inflamación de un divertículo.
- o ***Sangrado diverticular.***

Tipos de enfermedad diverticular:

- o ***Simple:*** 75%. No tienen complicaciones.
- o ***Complicada:*** 25%. Presentan abscesos, fístulas, obstrucción, peritonitis, sepsis.

ENFERMEDAD DIVERTICULAR

- o En el mundo occidental, la prevalencia de enfermedad diverticular va del 5-45%.
- o Alrededor del 90% está constituida por pacientes con patología del colon distal.
- o Sólo 1.5% de los casos involucran **únicamente** el lado derecho del colon.
- o África y Asia: Predomina compromiso de colon ascendente (pacientes jóvenes, Base genética ??).

ENFERMEDAD DIVERTICULAR

- **Compromiso sigmoideo:** 95%
(probablemente por diámetro pequeño).
- **Sólo sigmoides:** 65%.
- **Todo el colon:** 7%.
- **Proximal al sigmoides:** 4%.
- **No hay divertículos por debajo de unión recto-sigmoidea** (las tenias coalescen y forman capa muscular longitudinal).

ENFERMEDAD DIVERTICULAR

o **Prevalencia según la edad:**

- Edad 40: 2-5% de los casos (obesidad es un factor de riesgo mayor).
- Edad 60: 30% de los casos.
- Edad 80: 65% de los casos.

o **Prevalencia según el género:**

- Edad < 50: Más común en el sexo masculino.
- Edad 50-70: Leve preponderancia femenina.
- Edad > 70: Más común en el sexo femenino.

ENFERMEDAD DIVERTICULAR

ETIOLOGIA:

- o Baja ingesta de fibra: Painter/Burkitt 60's.
- o Dieta rica en carnes rojas y grasas.
- o La ED es menos común en vegetarianos.
- o **Fibra:** Agente protector contra ED (Heces más voluminosas, menor segmentación colónica (presión intracolónica próxima al rango normal durante peristalsis)).

ENFERMEDAD DIVERTICULAR

FISIOPATOLOGIA DE DIVERTICULOSIS:

- o Penetración de vasos rectos en pared intestinal crean áreas de debilidad.
- o La “segmentación” (contracción muscular de pared colónica) es exagerada, con oclusión de “ambos extremos” de las cámaras, elevando la presión.
- o Herniación de mucosa y submucosa colónicas (cubiertas de serosa).

ENFERMEDAD DIVERTICULAR

HISTORIA NATURAL:

- o La diverticulosis es asintomática en 70% de los casos.
- o Evoluciona a diverticulitis en 15-25% de los casos.
- o Se asocia a sangrado en 5-15% de los casos.

DIVERTICULITIS

- o Cambios inflamatorio en un divertículo.
- o Infección local subclínica.
- o Erosión pared diverticular (por aumento de presión intraluminal o partículas espesada de alimentos).
- o Necrosis focal resultante y perforación.
- o Absceso, fístulas, peritonitis generalizada por perforación libre.

DIVERTICULITIS

- o La mayoría de los pacientes presentan dolor en C.I. izquierdo del abdomen.
- o La fiebre y la leucocitosis son hallazgos importantes, pero inespecíficos.
- o Al EF puede haber “masa palpable”.
- o Síntomas urinarios sugieren existencia de flegmón pélvico.
- o El dolor exquisito a descompresión abdominal implica compromiso peritoneal.

DIVERTICULITIS

Diagnóstico diferencial:

- o Carcinoma de intestino.
- o Pielonefritis.
- o E.I.I. (Colitis ulcerativa, Enf. de Crohn).
- o Apendicitis.
- o Colitis isquémica.
- o Síndrome de colon irritable.
- o Enfermedad inflamatoria pélvica.

DIVERTICULITIS

AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

- ***Rx simples de abdomen:*** Hallazgos anormales en 30-50% de pacientes con diverticulitis aguda:
 - Dilatación de intestino grueso o íleon.
 - Obstrucción intestinal.
 - Radiopacidad en tejidos blandos, sugestiva de abscesos.

DIVERTICULITIS

AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

o TAC de abdomen:

- Evalúa tanto intestino como mesenterio.
- **S:** 69-98%, **E:** 75-100%.
- Los hallazgos más comunes son:
 1. Engrosamiento de pared intestinal.
 2. Grasa mesentérica en franjas.
 3. Abscesos asociados.

DIVERTICULITIS

AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

- ***Enema contrastado:*** Reservado para casos de Dx no concluyente por otros métodos (**S:** 62-94%).
- ***Estudios endoscópicos:*** Colonoscopia, Rectosigmoidoscopia flexible. Debido a la insuflación requerida se contraindican por aumento en riesgo de perforación.

DIVERTICULITIS

MANEJO MÉDICO: Tratamiento ambulatorio:

Pacientes con dolor/ hipersensibilidad abdominal leve, sin síntomas sistémicos.

- **Antibióticos:** 7–14 días (Amoxicilina/Acido clavulánico, Trimetoprim- sulfametoxazol, o Quinolona + Metronidazol durante 7-10 días)
 - Se espera mejoría en 48–72 horas.
 - Cubrir contra *E.coli* y *Bacteroides fragilis*.
 - Si no se observan mejoría en 48–72 horas, buscar una colección intra-abdominal.

DIVERTICULITIS

MANEJO MÉDICO: Tratamiento

hospitalario: Pacientes con signos y síntomas sistémicos (1-2% de los casos) .

- Reposo intestinal, Analgesia, L.E.V.
- Antibióticos IV (cobertura contra Gram negativos y anaerobios): 7-10 días.
- Si hay mejoría en 48 horas, ATB vía oral, si el paciente permanece afebril durante 24-48 horas y disminuye recuento leucocitario.

DIVERTICULITIS

MANEJO QUIRÚRGICO (URGENTE):

Se debe realizar en los siguientes casos:

1. Perforación libre con peritonitis generalizada.
2. Obstrucción.
3. Absceso sin posible drenaje percutáneo.
4. Fístulas.
5. Deterioro clínico o ausencia de mejoría ante el manejo conservador.

DIVERTICULITIS

MANEJO QUIRÚRGICO (ELECTIVO):

- o 2 ó más episodios de diverticulitis severa con necesidad de manejo hospitalario.
- o Todo episodio de diverticulitis asociado a fuga de medio de contraste (Ba), síntomas obstructivos o incapacidad de diferenciar entre diverticulitis y cáncer.
- o La resección habitualmente se hace entre las 6 y 8 semanas de cualquier episodio de inflamación aguda (comprende la exéresis del colon sigmoides). El procedimiento puede ser realizado por vía abierta o laparoscópica.

COMPLICACIONES DE LA ENF. DIVERTICULAR

OBSTRUCCIÓN:

- o La obstrucción colónica completa por ED es rara (aprox. 10% de obstrucciones del colon).
- o La obstrucción parcial es más común (combinación de edema colónico o pericolónico), espasmo intestinal y cambios inflamatorios, o por compresión a causa de un absceso.
- o La fibrosis progresiva recurrente y/o la estrechez del intestino pueden producir obstrucción (incluso completa, difícil de distinguir de neoplasia).

COMPLICACIONES DE LA ENF. DIVERTICULAR

ABSCESO:

- o La formación de un absceso diverticular complicado depende de la capacidad de los tejidos pericólicos de controlar (localizar) la diseminación del proceso inflamatorio.
- o La diseminación limitada de la perforación da lugar a un flegmón, mientras que al seguir avanzando (aunque manteniéndose localizado) se crea un absceso.
- o Fiebre, leucocitosis, masa dolorosa.

COMPLICACIONES DE LA ENF. DIVERTICULAR

ABSCESO:

- Absceso pericólico pequeño: 90% casos responde a ATB y manejo conservador.
- Drenaje percutáneo de abscesos (DPA): Tto. de elección para colecciones simples, bien definidas (tasa de éxito del 76%).
- Limitantes de éxito de DPA: 1. Colección multilocular, 2. Absceso + Fístula entérica, 3. Absceso con material sólido.

COMPLICACIONES DE LA ENF. DIVERTICULAR

FÍSTULAS:

- o Ocurren en 2% de los pacientes con ED complicada.
- o Se forma de proceso inflamatorio local con absceso que se descomprime espontáneamente, perforándose hacia una víscera adyacente o a la piel.
- o Habitualmente hay un único tracto fistuloso (se pueden encontrar tractos múltiples en 8% de los pacientes).

COMPLICACIONES DE LA ENF. DIVERTICULAR

FÍSTULAS:

- o Más frecuentes en hombres que en mujeres (relación 2:1).
- o Más frecuentes en pacientes con inmunocompromiso y ant. cirugía abdominal.
- o Colovesical: 65%, Colovaginal: 25%.
- o Colocutánea y coloentérica: Menos frecuentes.

COMPLICACIONES DE LA ENF. DIVERTICULAR

SANGRADO:

- o La ED es la causa más común de sangrado digestivo bajo masivo (30–50% de los casos).
- o Se estima que 15% de los pacientes con diverticulosis sangrará en algún momento de la vida (el sangrado habitualmente es abrupto, indoloro y de gran volumen, siendo 33% de las veces masivo, requiriendo incluso transfusión).

COMPLICACIONES DE LA ENF. DIVERTICULAR

SANGRADO:

- o El sangrado cede espontáneamente en 70-80% de los casos.
- o Del 49-90% de los pacientes que sangran lo hacen del colon derecho.
- o De los pacientes que presentan episodio inicial de sangrado, 30% evolucionan hacia un segundo sangrado y a su vez, de esos 50% tendrán un tercer sangrado.

COMPLICACIONES DE LA ENF. DIVERTICULAR

SANGRADO:

- o En 30-40% de los casos no se identifica la fuente de sangrado.
- o Es mejor reservar la colonoscopia para el sangrado autolimitado.
- o En pacientes con sangrado moderado que se ha detenido, se puede realizar colonoscopia en 12–24 horas.

COMPLICACIONES DE LA ENF. DIVERTICULAR

SANGRADO (TRATAMIENTO):

- o Colonoscopia de urgencia, con inyección local de epinefrina, uso de agente esclerosante o termocoagulación.
- o ***Intervención quirúrgica urgente en:***
 - Inestabilidad hemodinámica persistente.
 - Transfusión sanguínea > 2 L (6 U aprox.).
 - Hemorragia masiva recurrente.